Section – O.R.L.

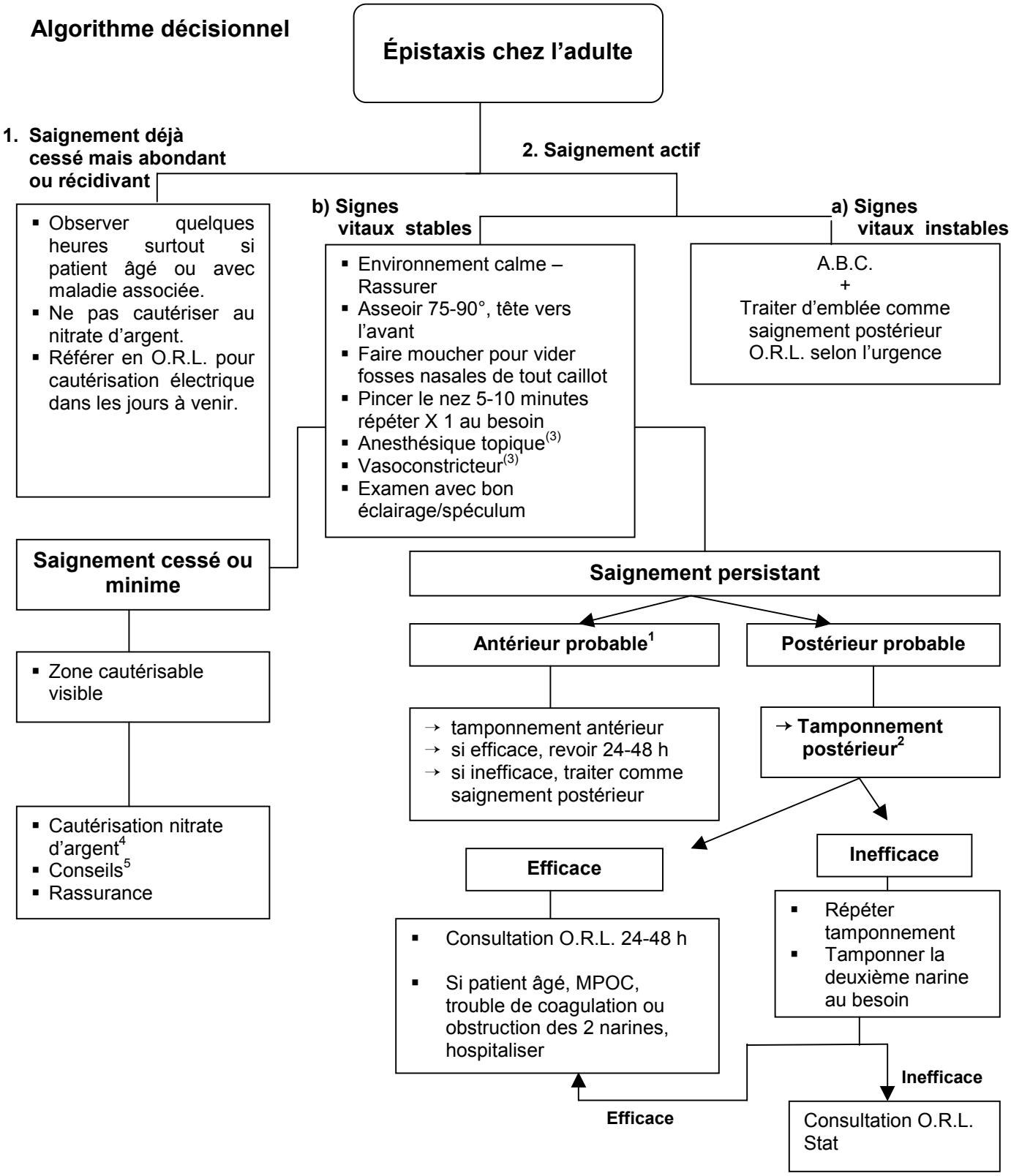
Épistaxis
(Dre Catherine Bégin)

ÉPISTAXIS

Catherine Bégin, M.D.

ÉPISTAXIS CHEZ L'ADULTE

Algorithme décisionnel


Épistaxis chez l'adulte
1. Saignement déjà cessé mais abondant ou récidivant
2. Saignement actif
b) Signes vitaux stables
a) Signes vitaux instables
▪ Observer quelques heures surtout si patient âgé ou avec maladie associée.
▪ Ne pas cautériser au nitrate d'argent.
▪ Référer en O.R.L. pour cautérisation électrique dans les jours à venir.
▪ Environnement calme – Rassurer
▪ Asseoir 75-90°, tête vers l'avant
▪ Faire moucher pour vider fosses nasales de tout caillot
▪ Pincer le nez 5-10 minutes répéter X 1 au besoin
▪ Anesthésique topique(3)
▪ Vasoconstricteur(3)
▪ Examen avec bon éclairage/spéculum
A.B.C.
+
Traiter d'emblée comme saignement postérieur
O.R.L. selon l'urgence
Saignement cessé ou minime
Saignement persistant
▪ Zone cautérisable visible
Antérieur probable1
Postérieur probable
▪ Cautérisation nitrate d'argent4
▪ Conseils5
▪ Rassurance
→ tamponnement antérieur
→ si efficace, revoir 24-48 h
→ si inefficace, traiter comme saignement postérieur
→ Tamponnement postérieur2
Efficace
Inefficace
▪ Consultation O.R.L. 24-48 h
▪ Si patient âgé, MPOC, trouble de coagulation ou obstruction des 2 narines, hospitaliser
▪ Répéter tamponnement
▪ Tamponner la deuxième narine au besoin
Inefficace
Efficace
Consultation O.R.L. Stat

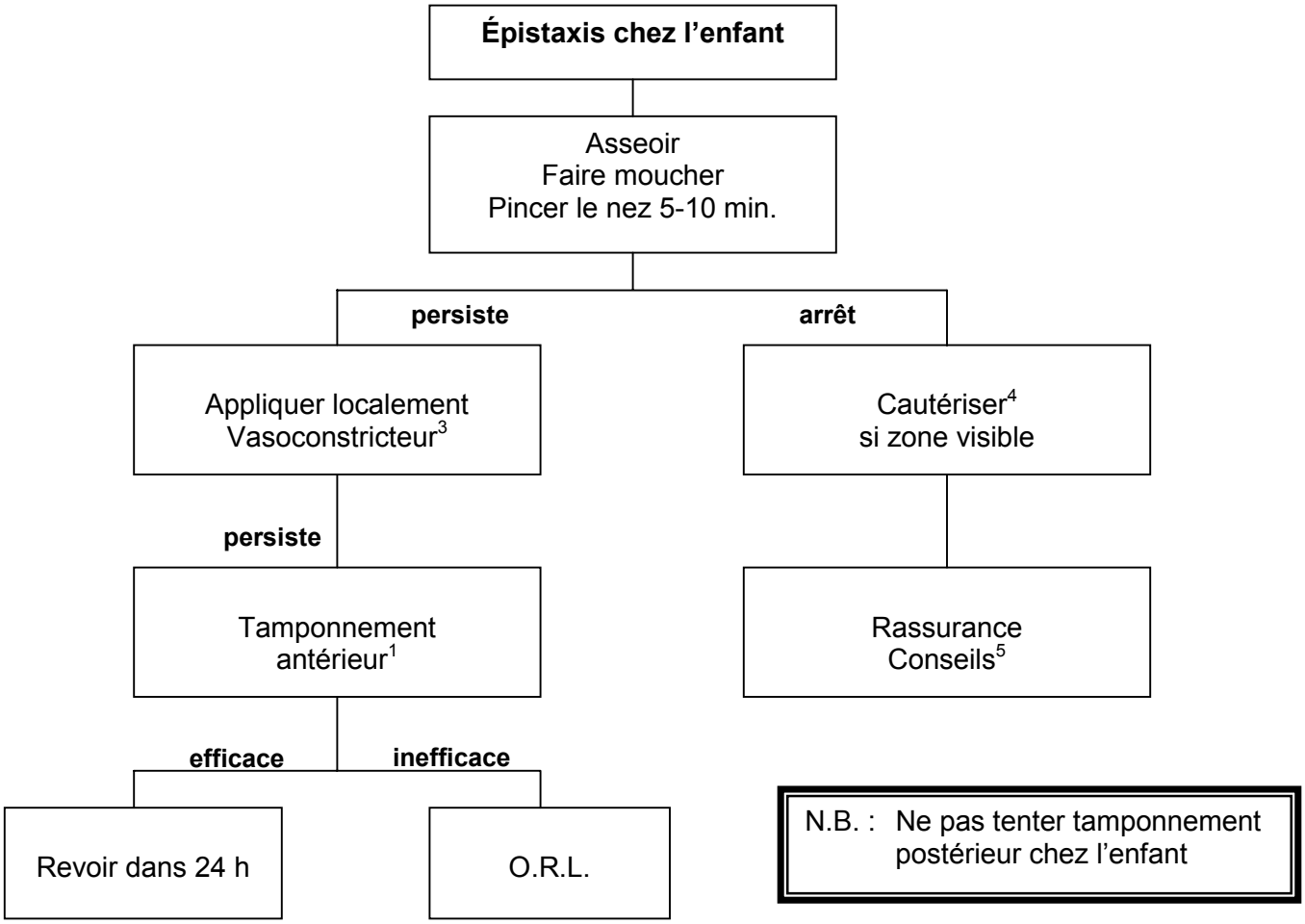
GÉNÉRALITÉS :

- L'origine du saignement est presque toujours antérieure chez les enfants et les jeunes adultes, alors qu'elle est parfois postérieure chez les personnes âgées et les athérosclérotiques;
- Les saignements postérieurs sont souvent abondants ;
- Les saignements associés à des écoulements nauséabonds chez l'enfant doivent faire penser à la présence de corps étrangers.

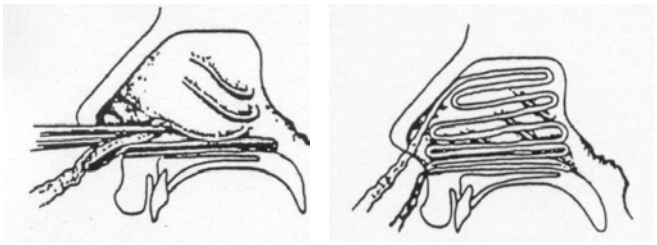
BILAN HÉMATOLOGIQUE :

- Hb, Ht, si saignement abondant ;
- INR, TCA si prise d'anticoagulants ;
- Bilan de coagulation si saignement abondant chez le très jeune enfant.

Algorithme décisionnel

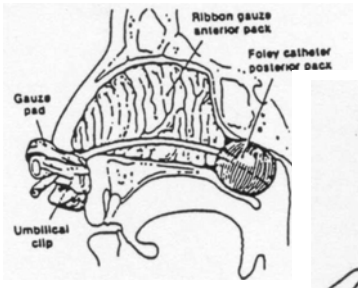


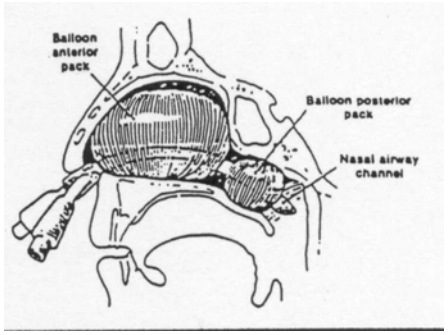
1. TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR :



- ➔ Anesthésie topique → mucocèle (tampon expansis) non disponible à l'urgence du CHRR
- ➔ Mèche vaselinée ½ po x 72 po
- ➔ Enduire d'onguent antibiotique et insérer par plis successifs de bas en haut;
- ➔ Laisser dépasser les deux extrémités;
- ➔ Garder 48 h (72 h si anomalie de coagulation).

2. TAMPONNEMENT POSTÉRIEUR :





- ➔ Anesthésie topique;
- ➔ **Soit** : sonde 14 ou 16 ou sonde nasale post. :
  - enduire d'onguent antibiotique;
  - insérer ad oropharynx;
  - gonfler avec 10 cc d'eau;
  - et ramener dans nasopharynx;
  - compléter par tamponnement antérieur.
- ➔ **Ou** : épistat selon mode d'emploi;
- ➔ Garder 3 jours;
- ➔ Hospitalier en médecine familiale si âgé, MPOC, trouble coag. ou sonde nasale post. disponible sur le marché;
- ➔ Antibiotiques systémiques si tamponnement pendant ≥ 48 h (Même spectre que affections O.R.L. courantes par ex. : Amoxyl – Cefzil – Biaxin);
- ➔ Consultation en O.R.L. semi-urgente.

3. Anesthésiques topiques :

Xylo spray 10 % ☞ Efficace si appliquée après exérèse des caillots

Vasoconstricteurs topiques :

Épinéphrine 1 : 1 000 ☞ Appliquer avec coton-tige imbibé

Phényléphrine (néo-synéphrine) } Non disponible (Employer Otrivin)
Oxymétazoline (Drixoral) } à l'urgence

4. CAUTÉRISATION :

- ➔ Anesthésie topique;
- ➔ La cautérisation doit être faite sur une zone la plus sèche possible ;
- ➔ Appliquer délicatement un bâton de nitrate d'argent si zone ≤ 1 cm;
- ➔ Ne pas cautériser les 2 narines ;
- ➔ Ensuite, appliquer onguent sur le site.

5. CONSEILS À DONNER AUX PATIENTS :

- ➔ Humidifier l'air ambiant, éviter douches ou aliments très chauds;
- ➔ Éviter l'exercice intense 48 h après un épistaxis;
- ➔ Se moucher délicatement, éviter de mettre les doigts dans le nez;
- ➔ Couper les ongles des enfants;
- ➔ Utiliser onguents lubrifiants ou antibiotiques.

6. Complications possibles des tamponnements :

Sinusite, otites, larmoiement, choc toxique, nécroses cartilagineuses, hypoventilation avec hypoxie.

BIBLIOGRAPHIE

CHIODO, Alan A., SNELL, Douglas G.E. *The bleening Nose.* The Canadian Journal of Diagnosis, February 1994, pp. 79 à 91.

TINTINALLI, J. et al. *Emergency Medicine, a Comprehensive Study Guide.* 3th ed., Mc Graw Hill, 1992, pp. 846 et 847.

WEBER, Michel L. *Guide thérapeutique pédiatrique.* Les P.U.M., 1989, P. 51.

ROSEN et al. *Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice.* 3th ed., Mosby-Year Book, 1992, pp. 2465 à 2468.

GOROLL et al. *Primary Care Medicine.* 2th ed. Lippincott, 1987, pp. 867 à 869.

TAN LK, Calhoun KH., *Épistaxis*. Medical Clinics of North America, 1999 January, 83 (1) : 43-56.

PFAFF Ja, MOORE GP. *Eye, Ear, nose and Throat*. Emergency Medicine Clinics of North America. 1997 May, 15 (2) : 327-40.

ALVI A., JOYNER-TRIPLETT N. *Acute épistaxis. How to spot the source and stop the flow*. Postraduate Medicine. 1996 May, 99 (5) : 83-90, 94-6.

Oto-rhino-laryngologie pédiatrique. Le Clinicien. Novembre 1996.

Geneviève Lévesque, M.D., 1997-11-20

Révisé par : Catherine Bégin, M.D.
Service d'urgence 26-04-2001

Révisé à nouveau avec le docteur Gilles Desjardins, avril 2001